FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 173

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Avril 1891, à 1 heure

Par Frédéric CAILLET,

Ancien Externe des Hopitaux,

Né à Luynes (Indre-et-Loire), le 20 novembre 1861.

ÉTUDE

SUR LES

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES

(Dissociation syringomyélique)

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : MM. G. SÉE, professeur.
HUMBERT et NETTER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les **diverses** parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES PARENTS.

A MES MAITRES.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAYMOND,
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hopital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.
(Externat 1890).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VERNEUIL,
Membre de l'Institut,
Professeur de clinique chirurgicale,
Commandeur de la Légion d'honneur.
(Externat 1889).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS.

INTRODUCTION

S'il fait bon de vivre aujourd'hui, comme l'a dit le professeur Bouchard, lorsqu'on s'intéresse aux choses de la Médecine, il faut avouer que l'étude de cette science est devenue, depuis quelque temps, de plus en plus difficile. Nous sommes actuellement dans une période de transition au début de laquelle les vieux moules ont été brisés, les anciens cadres nosologiques déclarés insuffisants. On vit apparaître alors une nouvelle Ecole, employant de nouveaux procédés d'investigation, s'efforçant de rattacher d'une façon précise les symptômes observés du vivant du malade aux lésions trouvées à l'autopsie, étudiant plus complètement ces lésions grâce au microscope, enfin cherchant à les reproduire chez les animaux pour les étudier plus à l'aise.

Cependant il est des organes, et la moelle est de ce nombre, qui opposèrent à la méthode expérimentale un obstacle insurmontable. Qu'on jette, en effet, un coup d'œil sur une coupe transversale de la moelle épinière et on ne tardera pas à se convaincre que les vivisecteurs les plus habiles n'auraient ja-

mais pu atteindre la substance grise sans toucher à la substance blanche qui l'entoure. On comprend alors comment on a pu ignorer, jusque dans ces dernières années, quelles étaient les fonctions de l'axe gris puisque nos connaissances actuelles datent de la découverte d'une affection nouvelle, la syringomyélie, et que c'est à la clinique seule que nous en sommes redevables.

Des observateurs expérimentés sont venus combler cette lacune et c'est à partir de ce moment seulement que la physiologie de la moelle, reposant sur des bases solides, prit une voie nouvelle. Mais auparavant que d'hypothèses avaient été avancées sur le rôle des cordons postérieurs et de l'axe gris! que d'opinions contradictoires émises à ce sujet sans que la lumière ait été faite !

Nous n'avons pas songé un seul instant à réfuter les objections qu'on a pu faire à cette nouvelle manière d'interpréter les choses ; pour remplir cette tâche, il eut fallu une expérience plus grande que la nôtre et surtout une plume plus autorisée. Notre but a été plus modeste.

Nous avons tenu simplement à constater le grand pas accompli dans la voie du progrès et, tout en résumant de notre mieux l'opinion des divers auteurs, nous avons cherché à montrer que, grâce à une découverte de la clinique, on commençait à mieux connaître les trajets différents que les diverses impressions sensitives suivent dans la moelle épinière.

Tel est le but que nous nous proposions. Nous

croyons l'avoir atteint, mais ce n'est là qu'une partie de la tâche que nous nous sommes imposée.

La clinique étant venue au secours de la physiologie, on ne tarda pas à s'apercevoir qu'à une destruction plus ou moins grande de l'axe gris périépendymaire correspondait, pendant la vie, une dissociation toute particulière de la sensibilité. De là à faire de ce syndrome le signe pathognomonique de l'affection à laquelle on avait donné le nom de syringomyélie, il n'y avait qu'un pas.

Mais était-ce bien là un signe de cette nature? Le professeur Hardy avait dit : « Il n'y a d'autre signe pathognomonique que le sarcopte de la gale. » Bientôt on reconnut que la dissociation syringomyélique ne faisait pas exception à cette règle et que ce signe était commun à plusieurs maladies.

Nous avons pensé qu'il était utile de rechercher quelles étaient les affections dans lesquelles on rencontrait ce syndrome et c'est ce qui constitue la deuxième partie de notre travail.

Certes, nous ne nous dissimulons pas la difficulté de mener à bonne fin un tel sujet. Combattre à chaque pas les opinions de maîtres expérimentés, chercher à rendre un compte aussi exact que possible de ce qui a été écrit sur ce point dans ces dernières années, était un travail bien au dessus de nos faibles forces; aussi ne l'eussions-nous jamais entrepris si nous n'avions eu pour conseil et pour guide notre excellent maître, M. le docteur F. Raymond. A ses savantes leçons, nous avons acquis la plus grande

partie de notre bagage scientifique ; c'est donc à lui qu'appartient le meilleur de notre travail ; pour le reste nous comptons sur l'indulgence de nos juges.

Remercions, en terminant, nos collègues de l'hôpital Lariboisière qui ont bien voulu nous transmettre les observations prises dans le service, et en particulier, notre excellent ami, E. Poussard, interne des hôpitaux, qui n'a cessé de nous aider de ses conseils.

Nous prions, enfin, M. le professeur Straus, d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE Ier

De la Sensibilité.

Définition. — La sensibilité est cette fonction par laquelle les êtres vivants sont en rapport avec les objets extérieurs et sont ébranlés par eux.

Généralités. — L'excitation extérieure est perçue par les extrémités des nerfs et conduite à travers les troncs nerveux jusqu'aux centres (moelle épinière et encéphale).

Le nerf est un organe à la fois sensitif et moteur. Il doit cette double propriété aux deux espèces de racines, nées de la moelle épinière, qui concourent à sa formation.

Les racines antérieures ou centrifuges sont motrices, les racines postérieures ou centripètes sont sensitives. De là, deux sortes de courants dans le tronc d'un nerf mixte : le premier centrifuge allant de l'encéphale à travers la partie antérieure de la

moelle épinière et les racines antérieures jusqu'à la périphérie ; l'autre centripète, se rendant à l'encéphale, par les racines postérieures et la partie postérieure de la moelle épinière.

Laissons de côté les courants centrifuges, qui transmettent à la périphérie les mouvements volontaires, pour ne nous occuper que des courants centripètes, qui conduisent à la moelle les excitations perçues à la périphérie.

Des diverses espèces de sensibilité. — Nous savons que la sensibilité générale est un sens complexe et que les excitations perçues à la périphérie peuvent être de nature différente.

Nous diviserons donc la sensibilité proprement dite en :

Sensibilité de contact et de pression.

Sensibilité à la température......... { Chaleur. Froid.

Sensibilité à la douleur.

Sens musculaire.

Comment comprendre qu'un seul tronc nerveux puisse transmettre séparément à l'encéphale des impressions si différentes ?

Ce qu'il est facile d'expliquer, quand on est en présence d'un nerf sensoriel, ne l'est plus lorsqu'il s'agit de la sensibilité générale. Si, le nerf optique une fois excité, on a une sensation visuelle, la spécificité de cette sensation tient non pas au nerf lui-même, qui est un simple cordon conducteur, mais au centre avec lequel il est en rapport. Pour les nerfs

de la sensibilité générale, qui passent tous par la moelle, il fallait une autre explication.

Dans le chapitre suivant nous allons faire l'histoire des diverses opinions qui ont été émises à ce sujet.

CHAPITRE II

Historique.

Dès la plus haute antiquité, Hippocrate, Celse et Arétée avaient reconnu que les lésions graves de la moelle épinière détruisaient le sentiment et les mouvements volontaires dans les parties situées au dessous du point affecté. Eristrate, au dire de Rufus d'Ephèse, admettait deux sortes de nerfs : les uns sensitifs, issus des méninges, les autres moteurs, nés du cervelet et du cerveau.

Galien (1), qui avait fait sur la moelle une série d'expériences curieuses, admettait trois sortes de nerfs : les uns, durs, destinés au mouvement ; les autres, mous, destinés aux sensations ; puis, des nerfs mixtes possédant à la fois la faculté sensitive et motrice. Ces différents usages étaient, selon lui, dus à l'origine différente de ces nerfs. A cette occasion, il cite, dans ses écrits, l'observation du sophiste syrien Pausanias qui, ayant reçu entre les deux épaules un coup violent, eut une anesthésie des deux derniers doigts et de la moitié du doigt du

(1) Galien. *De anatome administre*, liv. VIII, chap. v.

milieu. Il le guérit en appliquant divers topiques le long de la colonne vertébrale, au niveau du point d'émergence du nerf, et pour tirer de leur surprise ceux qui ne comprenaient pas la portée de cette médication, il leur expliqua que les nerfs de la sensibilité venaient directement de la moelle, d'où émergent aussi les nerfs du mouvement, qui sont distincts des premiers. Bon nombre d'anciens anatomistes, parmi lesquels nous citerons Dulaurens et Boerhaave, embrassèrent l'opinion de Galien.

Plus tard, en 1809, Alex. Walker (1) supposa, sans preuves à l'appui; que les racines et les cordons antérieurs de la moelle avaient une fonction différente des racines et cordons postérieurs. L'hypothèse de Walker fut reprise deux ans après par Ch. Bell; mais le livre de ce dernier (2), tout en renfermant des vues ingénieuses, est loin de démontrer avec précision le rôle de chacune des racines nerveuses. Ainsi, aux racines postérieures, Ch. Bell assignait des fonctions qui, aujourd'hui, sont dévolues au grand sympathique.

C'est à Magendie que revient l'honneur de la découverte des fonctions des diverses racines de la moelle. A la suite d'expériences célèbres sur les racines des nerfs rachidiens, il conclut que les racines postérieures paraissaient destinées à la transmission

(1) Alex. Walker. *Archives of universal science.* Juillet 1809, t. III, p. 172.

(2) Ch. Bell. *An idea of a new anatomy of the Brain, submitted for the observations of his Freinds.* (London, 1811.)

de la sensibilité, tandis que les antérieures semblaient plus spécialement liées au mouvement (1).

Enfin, après la découverte de la sensibilité récurrente par Cl. Bernard (2), les fonctions du tronc nerveux étaient connues.

Mais tout cela n'expliquait pas comment le tronc nerveux pouvait percevoir et transmettre séparément les diverses sortes de sensibilité et comment, dans certaines maladies nerveuses, l'une quelconque de ces diverses sensibilités pouvait être détruite sans que les autres le fussent, ou bien l'une rester intacte et l'autre augmenter d'intensité. De là, deux hypothèses : ou bien, le mode de transmission par le nerf diffère selon le mode de l'excitant, la différence de perception tenant à la différence de l'excitation du nerf ; ou bien l'excitation d'un nerf est toujours identique à elle-même, ne variant que d'intensité et de durée, et la différence de perception tient à la différence des centres percepteurs.

Cette double hypothèse donna lieu à un grand nombre de théories et Vulpian, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* (3), tout en donnant son opinion, réfute celle de ses devanciers et de ses contemporains.

Après avoir exposé que les extrémités périphériques des nerfs peuvent être impressionnées par des

(1) Magendie. *Expériences sur les fonctions des racines des nerfs rachidiens.* (*Journal de physiologie*, 1822, t. II, p. 276.)

(2) Cl. Bernard. *Physiologie du système nerveux.*

(3) Vulpian. *Dictionnaire encyclopédique*, art. « Moelle », p. 414 et suiv.

excitations douloureuses et de contact, il ajoute : « Des observations cliniques, aujourd'hui nombreuses et sur lesquelles Beau a le mérite d'avoir, « un des premiers, appelé l'attention des physiologistes, ont montré que le tégument cutané peut « perdre, isolément, son impressionnabilité, soit au « contact, soit à la douleur, soit même, ce qui est « extrêmement rare, au froid et au chaud, pour ne « parler que des causes excitatrices les plus différentes. O. Landy est un des médecins physiologistes qui ont le plus insisté sur les faits de ce « genre. De là à douer la peau de diverses sortes de « sensibilité, il y avait qu'un pas à faire. On admet « donc, au moins trois sortes de sensibilité : sensibilité tactile (esthésie), sensibilité à la douleur « (algesthésie), sensibilité à la température (thermesthésie).

« Brown-Séquard et O. Landy pensèrent que ces « diverses sortes de sensibilité pouvaient bien se rattacher à l'existence de fibres nerveuses distinctes, « possédant des propriétés spéciales et se rendant à « des régions différentes de la substance grise de la « moelle. Pour compléter l'hypothèse, ils étaient « conduits à admettre dans cette substance grise des « cellules spéciales distinctes : cellules de sensibilité « tactile, cellules de sensibilité douloureuse, cellules « de sensibilité à la température. »

Vulpian examine ensuite la théorie de Schiff.

A la suite d'expériences, ce dernier avait été conduit à admettre que les impressions tactiles ne suivaient

pas, dans la moelle épinière, la même voie que les autres sortes d'impressions. Pour lui, les impressions douloureuses, les impressions de température, celles de pression elles-mêmes, seraient transmises à l'encéphale par la substance grise de la moelle, tandis que les impressions purement tactiles seraient conduites par les faisceaux postérieurs. Vulpian combattait énergiquement cette théorie de Schiff, admise par Longet, parce qu' « elle ne s'appuyait que sur des semblants de preuves. »

Mac Donnell, en opposition à la manière de voir de Brown-Sequard et de Schiff, émet une hypothèse qui, d'après Vulpian, pourrait servir à expliquer comment les excitations de nature variée, produites sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs cutanés, donnent lieu à des sensations différentes les unes des autres. Ces excitations détermineraient dans les tubes nerveux des ondulations ou des vibrations, et le caractère de ces vibrations serait différent suivant que le mode d'excitation varierait lui-même. Le même tube nerveux, partant de la peau, pourrait donc, dans les conditions normales, transmettre au centre nerveux les ondes qui produisent l'idée de chaleur, de douleur, de froid, etc.

Cette manière de voir de M. Donnell ne peut, d'après Vulpian, soulever aucune objection radicale et c'est de cette façon, tout en restant dans des termes plus vagues, qu'il comprend la possibilité de la transmission des diverses sortes d'impressions par un seul et même tube nerveux. On sait, en effet, qu'une série

de faits expérimentaux avaient conduit Vulpian à admettre que la substance grise est indispensable, mais aussi qu'elle est suffisante pour la transmission des impressions sensitives, que la destruction des faisceaux postérieurs n'empêche pas cette transmission, mais que, par contre, celle-ci est absolument arrêtée par la destruction de toute la substance grise de la moelle (1).

De ces diverses théories, quelle était la bonne ?

Il eut été difficile de se prononcer ; aussi les avis se partagèrent, les uns admettant la théorie de Vulpian, les autres celle de Brown-Sequard tandis que d'autres tenaient pour celle de Schiff.

Le professeur Charcot, dans ses leçons sur les localisations de la moelle épinière, tout en admettant que la substance grise est la partie la plus importante de la moelle et qu'elle est le lieu de passage obligé pour la transmission des impressions sensitives et motrices, ajoute qu' « il semble aujourd'hui péremptoirement « démontré que toutes les parties de la substance « grise ne sont pas indistinctement affectées à l'exé- « cution de ces diverses fonctions. Dans cet espace « si limité, il y a lieu, en effet, d'établir physiologi- « quement plusieurs régions bien distinctes (2) » : d'une part, les cornes postérieures qui jouent un rôle dans la transmission des impressions sensitives ; d'autre part, les cornes antérieures destinées exclusi-

(1) Vulpian. *Maladies de la moelle*. Paris, 1879, p. 30.

(2) Charcot. *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*. (Paris, 1876, p. 372.)

vement à la transmission des impressions motrices.

Pendant une dizaine d'années, la physiologie de la moelle fit peu de progrès et en 1886, notre excellent maître M. le docteur Raymond la résumait ainsi :

« Les faisceaux antérieurs et latéraux servent à la « conduction des impressions motrices d'origine « cenérébrale.

« Les faisceaux postérieurs servent à la conduc« tion des véritables impressions sensibles.

« La substance grise, envisagée comme organe « de conduction, transmet les phénomènes doulou« reux » (1).

Mais ces propositions ne reposaient que sur des hypothèses ; pour devenir affirmatifs, il eut fallu que les physiologistes puissent atteindre la substance grise sans toucher à la substance blanche. Malheureusement la situation qu'occupe la substance grise au centre de la moelle rendait une pareille expérience impossible.

Les choses en seraient peut-être restées là, si la clinique n'était venue au secours de la physiologie. Ce que les vivisections les plus minutieuses n'avaient pu faire, la nature s'en était chargée en détruisant, dans certains états pathologiques, la syringomyélie gliomateuse par exemple, la substance grise en totalité ou en partie.

(1) Raymond. *Anatomie pathologique du système nerveux*. Paris, 1886, p. 293.

A partir du moment où on put examiner sous le champ du microscope, la lésion dont les symptômes avaient été soigneusement étudiés du vivant du malade, la physiologie de la moelle devait entrer dans une phase nouvelle et nous nous contenterons de citer les noms de Herzen, de Schultze et de Kahler en Allemagne ; de Woroschiloff et de Roth en Russie ; de Starr en Amérique ; des professeurs Charcot et Debove et de M. Déjérine en France, etc., nous réservant, dans le chapitre suivant de compléter cette rapide énumération et d'exposer, en même temps que les travaux de ces auteurs, les opinions qu'ils ont émises sur la physiologie de la moelle.

CHAPITRE III

Anatomie et physiologie de la moelle épinière.

(*Cordons postérieurs et substance grise.*)

I. — ANATOMIE.

Pour la clarté de ce qui va suivre, résumons en quelques mots l'anatomie des cordons postérieurs et de la substance grise de la moelle épinière :

A. SUBSTANCE GRISE. — Les cornes antérieures sont formées de grosses cellules qui sont des cellules motrices. Les cornes postérieures renferment trois sortes de cellules.

1° De petites cellules (cellules sensitives) ayant un petit nombre de prolongements, tous ramifiés;

2° Des cellules semblables constituant à la base de la corne postérieure un groupe distinct (colonne vésiculeuse de Clarke);

3° Les cellules de la substance gélatineuse de Rolando, petites, arrondies ou triangulaires et ayant trois ou quatre prolongements.

B. Substance blanche. — 1° *Cordons postérieurs.* — Ils sont divisés en deux cordons : A la partie interne, le cordon de Goll ; à la partie externe, le cordon cunéiforme ou de Burdack.

Le cordon de Goll est constitué par des fibres longues à dégénérescence ascendante, qui remontent jusqu'au niveau du quatrième ventricule et se continuent avec les pyramides postérieures du bulbe, pour se terminer probablement dans la substance grise de cet organe. Leur centre trophique se trouve dans la substance grise de la moelle et, peut-être, dans les ganglions des racines postérieures.

Le cordon interne ou de Burdack est constitué par des fibres commissurales courtes, probablement centripètes aussi, qui vont des cellules de la substance grise aux cellules de la même substance situées un peu plus haut et réunissent en même temps les fibres des racines postérieures aux cellules de la substance grise.

En résumé, dans les cordons postérieurs, trois sortes de fibres :

a. Fibres des racines postérieures se rendant à la substance grise après un court trajet.

b. Fibres commissurales en anse reliant entre eux les divers étages de la substance grise. (Cordons de Burdach.)

c. Fibres longues remontant jusqu'au bulbe. (Cordon de Goll.)

2° *Cordons latéraux.* — Dans les cordons latéraux, à la partie postéro-externe, se trouve, formant une mince bandelette, le faisceau cérébelleux direct de Flechsig.

Les fibres de ce faisceau cérébelleux naissent dans la partie supérieure de la moelle dorsale, des cellules de la colonne de Clarke et, par leur intermédiaire, des racines postérieures. Elles sont centripètes et subissent la dégénérescence ascendante.

Enfin récemment, Gowers a décrit, sous le nom de faisceau latéral ascendant, une mince bandelette qui se trouve en avant du faisceau pyramidal croisé entre le faisceau cérébelleux direct et le faisceau latéral profond. On le suit dans toute la moelle, depuis l'extrémité inférieure du renflement lombaire jusqu'au noyau du cordon latéral du bulbe où il se termine. On ignore ses connexions réelles : on sait seulement qu'il dégénère, sur un long trajet, en connexion ascendante (1). D'après Gowers, il aurait un caractère sensitif et recevrait ses fibres de la commissure postérieure des racines sensitives de la moitié opposée de la moelle.

Trajets des racines postérieures. — Les fibres des racines postérieures suivent, dans ces portions de la moelle, des trajets différents.

Les fibres externes pénètrent dans le cordon latéral, montent pendant un court trajet dans ce cordon

(1) Charpy. *Les centres nerveux*. Montauban, 1889.

où elles forment le faisceau de Lissauer, puis entrent dans la substance gélatineuse de Rolando.

D'autres fibres traversent la substance gélatineuse et pénètrent dans les cornes postérieures de la substance grise.

Quant aux fibres internes, elles pénètrent dans les cordons de Burdach. De là, les unes se rendent dans les cellules de la colonne de Clarke, par l'intermédiaire desquelles elles sont en communication avec le faisceau cérébelleux direct de Flechsig ; les autres paraissent aller aux cordons de Goll.

II. — Physiologie.

Examinons maintenant quelles sont les voies suivies par les différentes sortes de sensibilité à travers les cornes postérieures de la substance grise et les cordons postérieurs de la substance blanche. Evidemment la physiologie de la moelle n'est point encore complète ; mais si, jusqu'à ces dernierstemps, on se trouvait dans une grande incertitude sur le rôle physiologique et pathologique des parties postéro-latérales de la substance grise de la moelle, on doit à la clinique d'avoir comblé un vide que la physiologie n'aurait pu remplir.

Après les mémorables travaux de Schultze (1) et de Kahler (2), bientôt suivis des observations d'un

(1) Schultze. *Virchow's Archives*, t. LXXXVII, 1885 et *Zeitsch. f. Klin. méd.*, t. XIII, 1888.
(2) Kahler. *Prager med. Woch.*, 1881-1888.

grand nombre d'auteurs parmi lesquels nous citerons, à l'étranger, Bernhardt, Remark, Furstner et Zacher, Anna Baumler (1), Roth, (2) etc., et en France, MM. Charcot (3), Debove (4), Déjérine (5) pour ne nommer que les principaux, il était nécessaire de modifier l'opinion des anciens physiologistes.

Des théories que nous avons citées, une seule a survécu, celle de Schiff. L'opinion de Brown-Séquard est aujourd'hui abandonnée par les physiologistes et par Brown-Séquard lui-même ; quant à celle de Vulpian, elle a encore conservé, parmi les physiologistes, un certain nombre d'adeptes et de défenseurs.

Nous avons déjà exposé la théorie de Schiff, rappelons-la en quelques mots :

A la suite d'une expérience célèbre, qui ne put être reproduite après lui, et dont Longet fut le témoin, ce physiologiste avait été conduit à admettre que la sensibilité tactile suivait les cordons postérieurs de la moelle, tandis que les sensibilités douloureuse et thermique passaient par les cornes postérieures de la substance grise. L'étude des lésions de la moelle, dans la syringomyélie, a confirmé cette opinion.

Tout récemment, deux théories nouvelles ont été émises en opposition à celle de Schiff.

(1) A. Baülmer. *Thèse de Zurich*, 1887.
(2) Roth. *Archives de neurologie*, t. XV et XVI.
(3) Charcot. *Leçons du mardi*, 1889.
(4) Debove. *Société médicale des hôpitaux*, 22 février 1889.
(5) Déjérine. *Société médicale des hôpitaux*, 22 février 1889.

L'auteur de l'une d'elles, Roth (de Moscou) (1), a poussé bien loin la série des hypothèses.

Après s'être demandé si la douleur et la température suivaient les mêmes voies ou des voies différentes, il suppose que les voies conductrices ne sont pas différenciées anatomiquement par leurs localisations, mais physiologiquement par leurs réactions. Les fibres nerveuses ne se comporteraient pas de la même façon sous l'influence de l'agent nocif ; ainsi, une lésion de la névroglie ou de la myéline altérerait les conditions chimiques de la nutrition du tube nerveux et troublerait la conduction des impressions thermiques. Plus tard, l'hyperplasie de la névroglie, agissant mécaniquement sur l'élément nerveux, les impressions douloureuses ne sont plus transmises : d'où analgésie. Enfin, lorsque le cylindre-axe lui-même est détruit, les impressions tactiles cesseraient d'être transmises, et il y aurait anesthésie au contact.

Tout en reconnaissant l'ingéniosité de l'hypothèse de Roth, nous pensons qu'il vaut mieux s'en tenir, jusqu'à plus ample démonstration, à la théorie si simple de Schiff.

Nous serons moins affirmatif en ce qui concerne l'hypothèse émise récemment par Herzen.

Ce physiologiste admet (2) une division du sens thermique en deux sens distincts : le tact et le froid,

(1) Roth. *De la gliomatose médullaire.* (*Archives de Neurologie*, 1887-88.)
(2) Herzen. *Archives de Pflueger*, t. XXXVIII.

d'une part, la douleur et le chaud, d'autre part, seraient associés dans la moelle. Le premier groupe suivrait la voie des cordons postérieurs, le second groupe cheminerait par la substance grise.

Outre que cette théorie s'éloigne peu de celle de Schiff, peut-être sera-t-elle confirmée prochainement par examen anatomo-pathologique, car, tout dernièrement, MM. Déjérine et Thuilant (1) ont rapporté un cas de dissociation de la sensibilité thermique. Sans toutefois se prononcer, ces auteurs terminent leur communication en disant : « Au point de vue physiologique, le cas que nous rapportons vient à l'appui « de l'opinion des auteurs qui admettent l'existence, « dans la moelle épinière, de fibres conductrices « spéciales pour la chaleur et pour le froid. L'examen histologique de la moelle, que nous nous proposons de pratiquer après durcissement, apportera « peut-être quelques éléments nouveaux pour la « solution de cette question. »

Telle est à peu près, à l'heure actuelle, la physiologie sensitive de la moelle. Il est juste de dire qu'outre les voies suivies par les diverses sensibilités dans les cordons postérieurs et les cornes postérieures de la substance grise, on a une certaine tendance à admettre également des nerfs spéciaux de transmission. Dans une communication faite à la Société de Biologie, M. Déjérine (2) cite l'autopsie d'un malade

(1) Déjérine et Thuilant. *Médecine moderne*, 5 février 1891.
(2) Déjérine. *Société de Biologie*, 8 février 1890.

mort de syringomyélie qui, outre le gliome cavitaire de la moelle, offrait une névrite périphérique étendue, portant sur les nerfs des membres et ayant détruit la moitié des tubes à myéline. L'auteur termine sa communication en disant : « Si ce cas ne « reste pas isolé, si l'on retrouve des névrites périphé- « riques semblables, accompagnant des lésions cen- « trales aussi bien déterminées que le gliome, il « faudra peut-être modifier nos théories physiologi- « ques actuelles et admettre qu'il existe des nerfs « de transmission spéciaux pour le chaud, pour le « froid et pour la sensibilité tactile et, par suite, une « spécialisation périphérique pouvant être atteinte « comme la spécialisation centrale. »

Voilà pour les diverses sensibilités ; quant au sens musculaire, il nous est difficile de nous prononcer catégoriquement sur sa localisation dans la moelle épinière. En 1878, G. Henry Lewes (1) admettait l'existence du sens musculaire, bien que son siège exclusif ne soit pas localisé, ni dans la peau, ni dans la fibre musculaire, mais dans le cerveau qui coordonne l'action réciproque des nerfs sensitifs et moteurs. Depuis, Woroschiloff et quelques autres physiologistes admettent qne le sens musculaire suit la voie des cordons latéraux (faisceau cérébelleux direct de Flechsig).

Comme on vient de le voir, bien que nous puis-

(1) Henry Lewes. *Brain Quarterly. Journ. of neurology*, t. I, p. 14, 1878.

sions difficilement nous prononcer catégoriquement sur les voies différentes suivies dans la moelle par les diverses sortes de sensibilité, il est un fait certain, c'est que de nombreux progrès ont été accomplis depuis quelques années, grâce aux observations cliniques. Aussi, à ceux qui, comme M. Dastre, disaient : « En « physiologie, nous ne savons pas où passent les « diverses sensibilités, le problème n'est pas résolu. » M. Déjérine a pu répondre, avec juste raison : « Eh « bien ! en clinique, il l'est absolument ainsi que « l'ont établi Kahler et Schultze ; le tact est absolu- « ment indépendant du sens thermique dans son « ensemble et ce dernier est lié au contraire au sens « de la douleur (1). »

(1) *Société de Biologie*, 8 février 1890.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

De la dissociation de la Sensibilité.

Qu'on admette la théorie de Schiff ou celle d'Herzen, il est actuellement démontré que les diverses sortes de la sensibilité suivent dans la moelle des voies différentes. Ceci admis, il est facile de comprendre qu'une lésion médullaire quelconque pourra déterminer des troubles dans les diverses perceptions sensitives, pour peu qu'elle soit limitée aux cordons postérieurs de la substance blanche ou aux cornes postérieures de la substance grise. Qu'une tumeur ou qu'un mal de Pott comprime les cordons postérieurs ou qu'une sclérose arrive à détruire ces cordons, comme cela a lieu dans certaines formes du tabes et nous aurons de l'anesthésie avec conservation de la sensibilité à la douleur et à la température. Qu'au contraire, un gliome envahisse et détruise les cornes postérieures de la substance grise en laissant intacte la substance blanche, nous aurons

de l'analgésie, de la thermo-anesthésie avec intégrité de la sensibilité tactile.

Nous n'hésitons pas à reconnaître cependant que si, à la suite d'autopsies, on arrive à démontrer qu'il existe des nerfs spéciaux pour la transmission des diverses impressions sensitives, le problème sera singulièrement plus compliqué qu'il ne l'est actuellement. Lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade présentant une dissociation de la sensibilité, il sera difficile de dire, dans bien des cas, si on a affaire à une lésion de la moelle ou à une névrite périphérique. Mais la question est trop récente et les faits à l'appui de cette théorie trop peu nombreux pour que nous nous y arrêtions davantage. Toutefois, dans l'exposé des maladies qui font l'objet des chapitres suivants, nous noterons les opinions qui ont été émises sur ce sujet.

Nous commencerons naturellement par l'étude de la maladie qui présente au plus haut degré cette dissociation des impressions sensitives, au point qu'on a voulu faire de cette dissociation le signe pathognomonique de cette affection, nous voulons parler de la syringomyélie. Ensuite nous examinerons les diverses maladies qui renferment ce syndrome et, à propos de chacune d'elles, nous établirons le diagnostic différentiel.

CHAPITRE II

De la Syringomyélie.

Nous ne voulons pas entreprendre de nouveau l'étude complète de cette maladie, dont le docteur Brühl a fait le sujet de sa thèse inaugurale ; nous nous contenterons de retracer les principaux caractères de cette affection, en insistant de préférence sur les troubles sensitifs qu'elle présente.

Historique. — Décrite pour la première fois par Ollivier d'Angers, en 1837 (1), elle avait été classée par Erb dans le chapitre des *Rara et Curiosa* ; aussi, jusqu'en ces dernières années, passait-elle pour une pure curiosité anatomo-pathologique, ne comptant point en pratique. C'est à Schultze, professeur à Dorpat, et à Kahler, professeur à Prague, qu'on doit, à partir de 1882, une série de travaux importants qui mirent bien en lumière les principaux troubles fonctionnels et organiques de cette affection. Parmi les auteurs qui, après eux, ont le plus contribué au

(1) Ollivier d'Angers. Paris, 1837. « *Syringomyélie de συριγγώδης, creusé en forme de tuyau et μυελος, moelle.* » *Cavité centrale dans la moelle épinière.*

développement de l'histoire de la syringomyélie, il faut citer particulièrement : MM. Bernhardt, Remark, Oppenheim, Furstner et Zacher, Freud, A. Baümler, etc., en Allemagne; Roth en Russie; Starr en Amérique, et en France, les professeurs Debove et Charcot et, M. Déjérine.

Anatomie pathologique. — Une moelle syringomyélique, vue sur la table d'amphithéâtre, avant toute incision, présente un aspect tellement caractéristique, que l'on pourrait faire le diagnostic de la lésion par la simple inspection. La forme de la moelle, au lieu d'être cylindrique, est aplatie; on dirait presque rubanée; elle ressemble à un gros vaisseau distendu par une moyenne quantité de liquide.

La lésion consiste en un néoplasme formé, le plus souvent, aux dépens de l'épendyme et des parties constituantes de la substance grise spinale, principalement des cornes postérieures. Elle est constituée essentiellement par l'hyperplasie des éléments de la névroglie, qui se présentent alors au microscope sous la forme de volumineuses cellules à prolongements multiples. Ces cellules, tantôt sont comme infiltrées parmi les éléments nerveux qui, peu à peu, tendent à disparaître; tantôt elles forment, par leur agglomération dense, une véritable tumeur, se séparant plus ou moins nettement des parties ambiantes qu'elle comprime. C'est la fonte de ce tissu néoplasique qui détermine la formation de la lésion cavitaire.

La commissure grise est presque toujours détruite par la néoplasie; il en est de même des cornes postérieures de la moelle et des colonnes de Clarke, tandis que la commissure et les cornes antérieures le sont très rarement.

Quant aux cordons de la substance blanche, voici comment la syringomyélie se comporte avec eux :

Cordons antérieurs presque toujours indemnes ;
Cordons latéraux assez souvent dégénérés ;
Cordons postérieurs souvent intéressés par la lésion, dans la proportion de 62 0|0, d'après Wichmann.

Symptomatologie. — Les symptômes des altérations syringomyéliques pourront être ramenés à deux grands groupes : les symptômes intrinsèques et les symptômes extrinsèques.

1° Symptômes intrinsèques : On constate d'abord de l'atrophie musculaire progressive, débutant par les éminences thénar et hypothénar, avec secousses fibrillaires et sans exagération des réflexes. Viennent ensuite des troubles trophiques tels que : éruptions bulleuses, œdèmes indolents violacés ou rougeâtres, avec abaissement local de la température, enfin le faux phlegmon et le panaris pouvant aboutir, sans douleur, à la perte de plusieurs doigts de la main.

Mais le symptôme le plus caractéristique est la dissociation de la sensibilité. Elle consiste en *une abolition de la sensibilité à la douleur et à la tem-*

pérature, avec conservation de la sensibilité au contact et du sens musculaire.

Ces troubles se montrent répandus sur des parties du corps plus ou moins étendues; ils peuvent affecter la forme hémianalgésique ou occuper le segment d'un membre, mais leur distribution ne se conforme point à celle d'un nerf.

Le professeur Charcot a proposé de donner à l'ensemble de ces modifications le nom de « dissociation syringomyélique » (1).

2° Symptômes extrinsèques : Signalons les fractures spontanées, les arthropathies végétantes, la scoliose qui, d'après Bernhardt, se rencontre 25 fois sur 0/0 (2); enfin, notons en dernier lieu des troubles vaso-moteurs, accompagnés ou non de sueurs partielles (3).

Pathogénie. — Le professeur Charcot pense que plusieurs espèces d'altérations foncièrement distinctes peuvent aboutir à la formation d'une cavité dans la substance grise spinale; ce sont d'abord : l'hydromyélie, ensuite certains processus d'inflammation chronique, de la substance centrale, puis le gliome.

Dans ces dernières années, on a publié, en Allemagne, une série de travaux, dans le but de démontrer que la vraie, l'unique cause de la syringomyélie

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 21e leçon, 1889.
(2) Bernhardt. *Syringomyélie und scoliose*, 15 janvier 1889.
(3) Grasset. *Clinique médicale*. Paris, 1891.

est la gliomatose médullaire. Parmi les partisans de cette théorie, il faut citer Schultze, Mlle A. Baümler, Roth ; en France, M. Déjérine.

Etiologie. — La syringomyélie est plutôt une maladie du sexe masculin (22 hommes, 11 femmes sur 33 cas). Elle débute dans l'adolescence, de 15 à 25 ans, et atteint de préférence les gens ayant des professions manuelles, tels que : boulangers, tailleurs, cordonniers. Quant à sa fréquence, le professeur Charcot, d'accord avec Schultze, reconnaît qu'elle est au moins aussi fréquente que la sclérose latérale amyotrophique.

Causes. — Parmi les plus importantes, nous signalerons les traumatismes, le surmenage physique et les maladies infectieuses, telles que : fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu.

Diagnostic. — Etant donnés les principaux symptômes que nous avons énoncés, il est clair que le diagnostic différenciel de la syringomyélie et des autres affections, dont elle emprunte certains caractères, repose surtout sur cette dissociation typique de la sensibilité. Malheureusement, ce syndrome lui est commun avec un certain nombre d'affections que nous allons étudier, et on verra qu'il est des cas dans lesquels le diagnostic est, sinon impossible, du moins entouré de grandes difficultés.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic est fatal et, d'après le professeur Charcot, les malades qu'on a signalés comme guéris n'étaient pas atteints de syringomyélie. Malgré cela, il ne faut pas négliger le traitement, qui peut enrayer pendant quelque temps les progrès de la maladie; il consiste en hydrothérapie et en révulsifs le long de la colonne vertébrale.

Telle est, dans ses grands traits, cette maladie de description récente, à laquelle on a voulu inféoder le syndrome de la dissociation de la sensibilité, et dont on a voulu en faire le signe pathognomonique.

Nous allons maintenant essayer de démontrer que ce syndrome ne se rattache pas exclusivement à une maladie spéciale. Il ne saurait, en effet, faire exception aux grandes lois qui régissent la séméiologie médullaire. Or, parmi celles-ci, il en est une à laquelle on ne peut jusqu'ici formuler d'exception et qui peut s'énoncer comme il suit :

« Tous les symptômes bulbo-spinaux sont en rap-
« port, non pas avec la nature anatomique et noso-
« logique de la maladie qui les provoque, mais seu-
« lement avec le siège des altérations médullaires.
« En d'autres termes, tout symptôme est fonction,
« non pas d'une espèce pathologique, mais de la
« localisation morbide. Ce syndrome obéit à la
« règle (1). » Et la preuve, nous la trouvons dans des observations récentes et bien détaillées suivies d'au-

(1) Grasset. *Clinique médicale*. Paris, 1891, p. 187.

topsie. Parmi les cas de syringomyélie d'origine franchement gliomateuse, signalés par Mlle A. Baümler(1), il s'en trouve plusieurs ne présentant aucun des éléments constituants du syndrome qui nous occupe. Wichmann rapporte également un fait de cet ordre ; il en est de même de Schultze. Quant à Roth (2), il aurait rencontré l'anesthésie tactile 11 fois sur 18, et il pose en principe que sa présence ne doit pas exclure le diagnostic de gliomatose.

Il résulterait donc de ces faits que, dans quelques cas, la gliomatose médullaire peut ne pas s'accompagner de dissociation de la sensibilité. Toutefois, nous reconnaîtrons, avec M. Déjérine, que s'il y a des cas où la syringomyélie est une surprise d'autopsie, la fréquence des troubles de la sensibilité dans cette affection a une grande importance pour le diagnostic (3).

Examinons maintenant les autres affections dans lesquelles on rencontre ce syndrome :

(1) A. Baumler. *Loco citato.*
(2) Roth. *Du diagnostic de la gliomatose médullaire*, 1891.
(3) Déjérine. *Société médicale des hôpitaux.* Séance du 12 avril 1889.

CHAPITRE III

De la maladie de Morvan.

En 1883, le docteur Morvan (du Finistère) publiait un travail remarquable sur la *Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures* (1). Cette maladie, qui porte aujourd'hui le nom du praticien qui le premier l'a décrite, est caractérisée par l'existence de panaris généralement multiples et indolores pouvant amener de profondes mutilations. Ces lésions, d'abord limitées à une main, passent à celle du côté opposé; on y rencontre en outre des troubles trophiques, des crevasses aux doigts et entre les doigts, rebelles à la cicatrisation, des éruptions bulleuses, des arthropathies et dans la moitié des cas environ de la scoliose ou de la cyphose. Qu'on rapproche les divers symptômes de cette affection, dont la marche est également lente, de ceux que nous avons étudiés dans la syringomyélie et on reconnaîtra que les deux maladies se ressemblent par bien des points.

Le professeur Charcot a fait remarquer (2) que la

(1) Morvan. *Gazette hebdomadaire*, 1887, p. 580 et suivantes.
(2) Charcot. *Maladie de Morvan* (*Progrès médical*, 1890.)

syringomyélie était surtout caractérisée par des symptômes d'atrophie musculaire se rapprochant beaucoup du type Duchenne-Aran et que cette atrophie était beaucoup plus accusée que celle qu'on rencontre dans le panaris de Morvan. Mais ce signe peut ne pas être très caractéristique au début de la maladie et l'on comprend que certains observateurs s'y soient trompés. Restent les troubles de la sensibilité caractéristiques de la syringomyélie; mais n'existent-ils pas également dans la maladie de Morvan? Nous reconnaissons que ces troubles sont beaucoup plus étendus dans la première de ces affections que dans la seconde et que si les sensibilités thermique et à la douleur y sont extrêmement altérées, il en est presque toujours de même de la sensibilité tactile; cependant il est des cas où cette dernière sensibilité persiste. Nous n'en voulons pour preuve que certains faits signalés par Morvan (1) lui-même; témoin l'observation de Kerlosquet-Serny, dans laquelle il signale « une analgésie si complète qu'il peut, sans « souffrir, plonger la main dans un baquet d'eau « bouillante; il lui est souvent arrivé de tenir égale- « ment, sans souffrir, un charbon ardent dans la « main jusqu'à formation d'une ampoule. » Voilà la thermo-anesthésie; et il ajoute : « Il y a analgésie « mais il n'y a pas anesthésie. La sensibilité au con- « tact est conservée partout, et le malade, les yeux

(1) Morvan. *Loco citato.*

« bandés, indique avec précision le point où on le « touche. »

Plus tard, dans un nouveau mémoire, il note de la thermo-anesthésie et de l'analgésie avec conservation de la sensibilité tactile (1).

On nous objectera sans doute que, l'autopsie n'ayant pas été faite dans ces deux cas, rien ne nous prouve que nous ne sommes pas en présence de deux syringomyéliques, nous répondrons à cette objection qu'il est alors des cas où le diagnostic différentiel de ces deux affections doit être bien difficile pour que Morvan lui-même s'y soit trompé.

Etant donnée cette ressemblance on n'est plus étonné que certains auteurs tels que Bernhardt, Roth, Broca (2) aient identifié ces deux maladies et que M. Joffroy ait, à plusieurs reprises (3) et tout dernièrement encore, pu se croire autorisé à dire que « la maladie de Morvan est une des formes cliniques de la syringomyélie » (4).

Il nous est difficile actuellement de dire quelle est la part de vérité contenue dans cette assertion, mais nous devons reconnaître que plusieurs auteurs tels que le professeur Charcot et le docteur Morvan font de ces maladies deux affections distinctes et que M. Déjérine regarde la maladie de Morvan comme

(1) Morvan. *Gazette hebdom.*, n° 32 et suiv.

(2) Broca. *Des scolioses trophiques* (*Gazette hebd.*, 1888.)

(3) *Société médicale des hôpitaux*, 12 avril 1889. *Journal expérimental de médecine*, juillet 1890.

(4) Joffroy. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 27 février 1890.

« relevant non pas de la syringomyélie, mais bien « d'une névrite périphérique de nature et de cause « encore indéterminées. (1) »

Comment expliquer alors ces troubles de la sensibilité ?

Nous serions tentés de voir là une confirmation de cette hypothèse qui admet l'existence de nerfs spéciaux pour la transmission des diverses impressions sensitives et alors rien ne serait plus naturel que cette dissociation de la sensibilité dans certaines névrites. Ainsi serait expliqué le cas de Catherine Poupon observé par Prouff de Morlais et par Morvan lui-même et qui présentait de la thermo-anesthésie et de l'analgésie.

De l'autopsie et de l'examen faits par MM. Gombault et Reboul, il résulte qu'il n'y avait pas de cavité dans la moelle mais des névrites disséminées dans les membres supérieurs, ayant leur maximum à la périphérie et diminuant à mesure qu'on approchait de la racine du membre (2).

On rangerait également dans la même catégorie certaines formes de névrites tels que les deux cas de névrite alcoolique qui ont été décrits tout dernièrement par M. Lancereaux (3), et dont nous avons donné le résumé (Obs. VIII et IX), et le cas de

(1) Déjérine. *Syringomyélie et maladie de Morvan.* (*Médecine moderne,* 10 juillet 1890.)

(2) Gombault, Prouff et Reboul. *Société médicale des hôpitaux,* 1888.

(3) Lancereaux. *De l'intoxication par le vin et l'alcool.* (*Bulletin médical,* 25 janvier 1891, 15 mars 1891.)

paralysie du sciatique poplité externe, avec anesthésie à la douleur et à la température et conservation de la sensibilité tactile, cité par Ziehl dans son travail sur les troubles de la sensibilité d'origine périphérique et les voies de transmission des impressions thermiques (1).

(1) Ziehl. *Deutsche med. Woch*, n° 17, 1889.

CHAPITRE IV

De la Lèpre.

Nous terminerons cet aperçu sur la dissociation de la sensibilité dans les névrites par quelques mots sur la lèpre dans sa forme anesthésique (lèpre systématisée nerveuse de Leloir).

Cette affection est caractérisée par de l'atrophie musculaire qui revêt souvent le type Duchenne-Aran, des troubles trophiques cutanés avec mutilations fréquentes et des troubles de la sensibilité. Ces symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la syringomyélie et on comprend que souvent la confusion ait été possible ainsi que l'ont montré Steudener, Langhans, Rosenback et Leloir. Le caractère essentiel de ces deux affections consiste surtout dans la différence des troubles de la sensibilité. En effet, dans la lèpre nerveuse, la sensibilité tactile participe le plus généralement aux altérations des autres modes de sensibilité, en outre les zones d'anesthésie sont irrégulièrement disposées sous forme de plaques et la transition des parties anesthésiées avec les parties saines, se fait brusquement. On a donc des sortes d'îlots d'anesthésie circonscrits par une ligne rougeâtre, un peu surélevée et très sinueuse qui leur

donne l'aspect d'une carte géographique ce qui est le contraire dans la syringomyélie. Cependant, dans certains cas, on a constaté au niveau des macules la conservation de la sensibilité tactile avec altération de la sensibilité à la douleur et à la température. Cette dissociation syringomyélique s'est observée sur des espaces quelquefois fort étendus et Leloir (1) a rapporté plusieurs faits où le diagnostic eût été absolument impossible si les manifestations antérieures de la lèpre n'eussent permis de rapporter à leur véritable origine l'ensemble des symptômes nerveux présentés par les malades.

Jacoby (2) et le professeur Charcot ont signalé des cas semblables. Enfin, tout dernièrement, MM. Babinski (3) et Thibierge (4) ont rapporté l'observation d'un malade sur lequel le professeur Charcot a porté le diagnostic de lèpre et qui présente de l'analgésie, de la thermoanesthésie et chez lequel la sensibilité au tact est conservée. (Obs. X.)

Pour finir, nous ferons remarquer que dans certains cas, la syringomyélie peut présenter de telles analogies avec la lèpre que Langhans a publié l'histoire d'un malade diagnostiqué lépreux et qui, en réalité, avait une syringomyélie comme l'autopsie l'a démontré.

(1) Leloir. *Traité de la lèpre*, p. 52.
(2) Jacoby. *Journal of nervous and mental disease*, 1889, XIV, p. 336.
(3) Babinski. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 27 février 1891.
(4) Thibierge. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 13 mars 1891.

CHAPITRE V

Ataxie locomotrice progressive.

(Tabes.)

La littérature médicale renferme un assez grand nombre de descriptions de l'ataxie locomotrice pour que nous puissions nous dispenser de retracer ici l'histoire de cette affection. Contentons-nous d'indiquer ceux de ces grands symptômes qui nous permettront d'en faire le diagnostic différenciel avec la syringomyélie.

Parmi les symptômes qui appartiennent en propre au tabes, nous signalerons les crises viscérales, les troubles oculaires et d'une façon générale les symptômes céphalalgiques sans compter la longue période préataxique avec ses douleurs, l'absence, pendant longtemps, de paralysie et d'atrophie, la perte précoce des réflexes. Sur quoi baser le diagnostic puisque, dans certains cas, la syringomyélie offre un grand nombre de ces symptômes? Evidemment sur les troubles de la sensibilité. Nous remarquerons que dans l'ataxie locomotrice ces troubles sont des plus variés; on rencontre par exemple de la thermo-anesthésie isolée, ou encore, l'apparition précoce de l'a-

nalgésie alors que la sensibilité tactile persiste, ainsi que l'ont montré Erb et Berger; mais ce qui fait que ces troubles prêtent peu à la confusion c'est que la sensibilité tactile est presque toujours très altérée et que la distribution par petites plaques de ces diverses anesthésies ne rappelle en rien celle que l'on rencontre d'ordinaire dans la syringomyélie. Cependant, dans ces derniers temps, M. Parmentier (1) a rapporté l'observation d'un malade manifestement tabétique et diagnostiqué comme tel par le professeur Charcot qui présentait non pas par plaques, mais dans les deux derniers tiers des membres, la dissociation caractéristique de la syringomyélie (Obs. VII).

Dans le cas qui nous occupe, l'hypothèse d'une syringomyélie seule doit être rejetée, car outre que les signes tabétiques sont assez rares dans cette affection, ils ne sont ordinairement pas aussi nettement caractérisés que chez ce malade. Curet... a, en effet, souffert autrefois de douleurs fulgurantes; aujourd'hui encore il a des élancements par accès dans les membres inférieurs; il présente des troubles viscéraux, une abolition des réflexes, une démarche légèrement ataxique, enfin des lésions du pied droit qui rappellent ce que l'on a décrit sous le nom de pied tabétique. Le tabes paraît indéniable. Quelle est donc, alors, la cause de ces troubles de la sensibilité? Trois hypothèses peuvent être faites à ce sujet.

(1) E. Parmentier. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 3e année, n° 5.

Ou bien on a affaire à une névrite comme dans les cas que nous avons signalés dans le chapitre précédent, ou bien on se trouve en présence d'une syringomyélie survenue chez un tabétique. Mais sans insister sur la possibilité d'une réunion fortuite de ces deux affections, ne pourrait-on pas considérer la première maladie comme une conséquence de la seconde, comme un effet de la propagation à la substance grise de la lésion des cordons postérieurs ? C'est là une troisième hypothèse qui peut se soutenir; nous soulevons la question sans vouloir la résoudre. L'autopsie seule pourrait décider.

CHAPITRE VI

De l'Hématomyélie.

L'an dernier, au Congrès international de médecine de Berlin, L. Minor (de Moscou) attirait l'attention sur quelques cas d'hématomyélie avec dissociation de la sensibilité. Cette affection est, on le sait, due à des traumatismes directs ou indirects de la moelle ayant déterminé une hémorrhagie médullaire à foyer central. Cette hémorrhagie prend naissance dans la substance grise et respecte ordinairement les cordons blancs. Rarement elle les dissocie pour arriver au contact des méninges. Comme grands symptômes, nous signalerons la paraplégie à début brusque ou précédée de fatigue, de fourmillements, d'engourdissement des membres inférieurs, voire même de douleurs violentes qui ont quelque analogie avec celle du rhumatisme aigu et qui peuvent s'accompagner de constriction du tronc. Lorsque la paraplégie se produit, elle est complète en quelques heures; presque toujours elle frappe les membres inférieurs, quelquefois les membres supérieurs seuls, dans quelques cas enfin, on a signalé de l'hémiplégie. Au début surviennent la rétention de l'urine et des matières fécales, les mouvements réflexes

d'abord conservés ou même exaltés, disparaissent rapidement; enfin, l'excitabilité électrique est abolie. Quant à la sensibilité, les auteurs nous disent que sa paralysie suit de très près celle du mouvement et qu'elle se distribue habituellement comme elle. S'il n'est pas question de dissociation de la sensibilité, il ne faut guère s'en étonner car la recherche de l'état des diverses sortes de sensibilité est de date récente et il peut se faire que dans bon nombre de cas cette dissociation ait passé inaperçu.

Etant donnée la situation qu'occupe la lésion au centre de la moelle, on comprend facilement qu'elle puisse être accompagnée de la dissociation syringomyélique, aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que Minor ait pu en rencontrer quelques cas (1).

Cet observateur a réuni cinq cas personnels d'hématomyélie consécutive à des traumatismes. Il a pu suivre la marche de la maladie caractérisée dans la plupart des cas par des phénomènes de parésie avec troubles de la sensibilité à la température, analgésie, amyotrophie, décubitus et cystite. La sensibilité tactile était restée indemne, dans un cas même, elle se montrait exagérée. Dans deux cas, le traumatisme a été suivi de perte de connaissance : dans l'un deux, à la suite d'une blessure de la tête, sans fracture ni luxation des vertèbres, s'est montrée une paralysie des extrémités, avec atrophie des muscles scapulaires, thermo-anesthésie et analgésie. Dans un autre

(1) Minor (de Moscou). *Compte rendu du congrès international de médecine de Berlin* (séance du 4 août.)

cas, l'atrophie portait sur le splénius, avec tendance à la contracture à droite, hyperesthésie tactile à gauche, analgésie et thermo-anesthésie; rétention d'urine, décubitus, cystite. Dans un cas où il n'y a point eu de traumatisme portant sur le rachis, s'est montrée une paralysie des quatre membres avec mêmes troubles de la sensibilité que plus haut et intégrité des sphincters; la sensibilité tactile était restée normale.

L'auteur conclut que, dans tous ces cas, l'apparition subite des troubles doit faire penser à une hématomyélie, car ils ne peuvent être mis sur le compte d'un gliome central. Si on nous objecte que dans un ou deux cas, rien ne prouve que nous ne sommes pas en présence de phénomènes d'hystéro-traumatisme, nous nous contenterons de changer ces observations de chapitre pour les ajouter à la liste des cas d'hystérie avec dissociation syringomyélique qui vont faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE VII

De l'hystérie.

Il nous reste maintenant à étudier quels sont les rapports de la syringomyélie avec l'hystérie, « cette grande simulatrice des maladies organiques des centres nerveux » avec laquelle il faut toujours compter lorsqu'on entreprend l'étude d'une affection nerveuse. « Nous, en particulier, dit le professeur « Charcot, qui, par profession, sommes voués à cul- « tiver spécialement le champ neuropathologique, « nous ne devons jamais oublier que les types les « plus divers d'affections organiques cérébrales ou « spinales, avec lesquelles nous sommes aujourd'hui « familiarisés, pourront, à chaque instant, dans la « catégorie de l'hystérie, rencontrer un pendant, un « représentant, un « sosie », pour mieux dire, « qu'il nous faudra savoir démasquer (1). »

Comme bien l'on pense, la syringomyélie ne devait point se soustraire à la loi commune et on n'a point tardé à rencontrer chez les hystériques la dissociation syringomyélique.

Comment découvrir l'hystérie derrière ce masque

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 21e leçon.

de la syringomyélie, et la chose sera-t-elle toujours facile? C'est ce que nous allons examiner.

Il n'entre point dans notre esprit d'entreprendre ici la description de la petite et de la grande hystérie, ni même celle de l'attaque avec ses quatre grandes périodes ; nous voulons simplement faire le diagnostic différenciel de cette névrose avec la syringomyélie et montrer, avec observations à l'appui, que si dans certains cas on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'un hystérique avec dissociation de la sensibilité, il en est d'autres où ce diagnostic peut devenir très difficile, pour ne pas dire impossible.

Le professeur Charcot, qui a tout récemment attiré l'attention sur le diagnostic différenciel de la syringomyélie et de l'hystérie, y attache une grande importance, parce que, dans certains cas, cette seconde affection peut réaliser le tableau complet de la première. La dissociation spéciale des divers modes de sensibilité, si importante comme caractéristique clinique de la syringomyélie, peut se rencontrer chez les hystériques (Obs. IV) : elle existe naturellement chez le sujet, où elle peut avoir été déterminée chez lui artificiellement au moyen d'une suggestion faite pendant l'état hypnotique. Sur 17 hystériques examinés par le professeur Charcot, 4 présentaient la dissociation syringomyélique, 2 à la suite de suggestion, 2 naturellement. Si on ajoute que les anesthésies syringomyéliques sont disposées, à la surface du corps, comme le sont les anesthésies hystériques, par zones géométriquement limitées, par segments

de membres, sous forme hémiplégique, on comprend les difficultés que peut présenter un pareil diagnostic. Il importe, en outre, de ne pas oublier la possibilité d'atrophies musculaires hystériques, décrites par MM. Charcot et Babinski, de troubles trophiques, de troubles vaso-moteurs, d'œdèmes hystériques, comme en a signalé Weir-Mitchell, et on reconnaîtra comment l'hystérie peut arriver à réaliser le tableau de la syringomyélie.

Sur quoi repose alors le diagnostic différenciel ? Sur les troubles sensoriels, le début brusque des accidents chez les sujets prédisposés à l'hystérie par des « traumatismes moraux », sur la disparition plus ou moins brusque des accidents.

Mais ces symptômes existent-ils toujours ? Nous ne le pensons pas, et le professeur Charcot n'hésite pas à reconnaître que, parmi les cas décrits comme appartenant à la syringomyélie, il en est un certain nombre qui relèvent de l'hystérie. Parmi ces cas, nous signalerons l'observation rapportée par Roth et dont nous donnons le résumé (Obs. V.)

On reconnaîtra avec nous que si un homme aussi compétent sur ce sujet que Roth a pu se tromper, comme le prétend l'Ecole de la Salpêtrière, combien de fois n'en a-t-il pas été de même lorsque le diagnostic a été fait par des neurologistes moins expérimentés.

Pour en finir avec les cas difficiles, disons quelques mots du malade qui fait l'objet de notre observation n° I.

Cet homme présente, d'une part, de l'atrophie musculaire (type Aran-Duchenne), avec réaction de dégénérescence et des troubles de la sensibilité caractéristiques de la syringomyélie dans toute la moitié droite du corps ; d'autre part, de l'anesthésie sensorielle (goût, odorat, ouïe) un caractère très irritable et des vertiges.

Sommes-nous en présence d'un syringomyélique ou d'un hystérique, avec dissociation de la sensibilité ? En faveur de cette seconde hypothèse, nous avons l'anesthésie sensorielle et les antécédents du malade qui fut hypnotisable, chez qui l'affection débuta tardivement (40 ans) et qui, à deux reprises, présenta une légère amélioration ; mais la réaction de dégénérescence, rare chez les hystériques, les troubles permanents de la sensibilité sont bien un peu en faveur de la première hypothèse. Enfin, qui nous dit que nous ne sommes pas en présence d'une syringomyélie survenue chez un hystérique.

Bref, nous croyons qu'actuellement il n'est guère possible d'avoir un diagnostic ferme et, en l'absence de toute certitude, nous préférons nous abstenir.

Nous serons moins hésitants en ce qui concerne les trois observations que nous avons rapportées plus loin (Obs. II, III et IV). Ici nous sommes en présence d'hystériques, avec troubles de la sensibilité.

Sans parler de la malade de Roth, chez laquelle l'hystérie ne fait aucun doute (Obs. VI), nous pensons que, pour les deux cas qui nous sont personnels, le diagnostic n'offre aucune difficulté.

Dans l'une de ces observations (Obs. II) nous sommes en présence d'un homme nerveux dans son enfance, qui à l'âge de 54 ans présenta une hémiplégie droite et qui guérit naturellement sans laisser de trace, au bout de 15 à 18 mois. Actuellement, rien autre chose à signaler que des troubles de la sensibitité dans toute la moitié droite du corps.

L'autre observation est encore plus caractéristique (Obs. III). Il s'agit, en effet, d'une femme franchement hystérique ayant eu sous nos yeux deux ou trois attaques et qui présenta pendant quelque temps de la dissociation syringomyélique dans les deux membres du côté gauche.

Pour nous résumer en ce qui concerne l'hystérie, nous dirons qu'il n'est pas très rare de rencontrer dans cette affection les troubles de la sensibilité caractéristiques de la syringomyélie, mais que, si dans certains cas le diagnostic n'offre aucune difficulté, il en est d'autres où il est très difficile pour ne pas dire impossible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Atrophie musculaire; (Type Aran-Duchenne); Hystérie; Vertige de Menière; Troubles de la sensibilité; (Dissociation syringomyélique.)

Bur..., Mathurin, âgé de 48 ans, infirmier, entré le 10 novembre 1890 à Lariboisière, salle J. Bouley, n° 8 bis (service du Dr Raymond).

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 47 ans.

Mère morte à 87 ans. Bonne santé habituelle, mais très nerveuse et facilement irritable.

De ses sept frères et sœurs, deux seulement sont vivants :

Un frère qui est en bonne santé et une sœur, très faible de constitution et toujours souffrante.

Parmi les cinq qui sont décédés, le malade peut donner des renseignements sur deux d'entre eux. Une de ses sœurs est morte tuberculeuse et un de ses frères de fièvre typhoïde.

Le malade est marié et a un fils âgé de 16 ans en bonne santé.

Antécédents personnels. — Jusque dans ces dernières années, Bur..., a toujours joui d'une bonne santé. Signalons cependant comme maladies antérieures : les fièvres inter-

mittentes de 7 à 10 ans (il est originaire de la Haute-Vienne) et le choléra en 1865.

De cette époque jusqu'en 1883, la santé de notre malade est excellente, il fut soldat pendant quinze ans et supporta, sans en souffrir, de grandes fatigues pendant la guerre de 1870.

En 1883, il tomba d'une hauteur de vingt mètres. Transporté dans le service du docteur Trélat, on constate : Une fracture de la base du crâne à gauche : avec ecoulement de sang et de sérosité par l'oreille et surdité complète à gauche. Une plaie assez vaste de l'abdomen et une hernie inguinale droite.

Après un sejour de deux mois à la Charité, il entre dans une maison de retraite pour vieillards, où il reste deux ans.

En 1884, des accidents se produisent du côté du cerveau et de la moelle épinière et le malade se plaint de maux de tête, d'étourdissements avec tendance répétée aux vertiges, il est atteint en outre de paraplégie nécessitant l'emploi de béquilles pour la marche.

A sa sortie, au début de 1885, la marche est devenue possible malgré la persistance d'un certain degré de faiblesse, mais ses vertiges deviennent de plus en plus fréquents et se produisent à propos d'un effort violent, d'un brusque mouvement de tête ou d'un bruit intense ; alors le malade tombe, perd connaissance et revient à lui au bout d'un instant. Pendant l'hiver de 1885-1886, il est atteint de bronchite et fait un séjour de sept mois dans le service de M. Dujardin-Beaumetz,

En 1887, il entre comme infirmier à Tenon et pendant deux ans peut faire son service sans éprouver autre chose que des douleurs fréquentes dans la tête.

En juin 1889, apparaissent des troubles de motilité dans la

main droite : d'abord un engourdissement persistant dans le petit doigt mais plus intense le matin ; puis dans l'index, enfin la main est prise également, elle maigrit rapidement et, au bout d'un mois, elle devient inapte à tout travail.

C'est elors que le malade entre dans le service de M. Raymond à Saint-Antoine (juillet 1889.)

Traitement. — Bromure et iodure de potessium. Beins sulfureux. Douches. Electricité.

Après deux moie de ce traitement, le force eet presque complètement revenue dens la mein malade, et, à ee sortie de l'hôpital, Bur... peut se placer comme comptable.

L'amélioration fut de courte durée et, au bout d'un mois, la main eteit de nouveau prise.

En novembre, le malade se réveille un matin avec les jembes engourdies ; il lui eet impossible de se soutenir et, de plus, il est pris de violentes douleurs de tête et de vertiges beeucoup plus fréquents.

Il entre alors è l'Hôtel-Dieu annexe, dane le service du professeur Cornil, suppléé per M. Vidal.

Même traitement qu'à Seint-Antoine.

L'engourdissement des jambes se passe eu bout de quinze jours, mais le vertige plus tenace dure un mois. A cette époque, le malade eet facilement hypnotisable et présente une anesthésie complète du goût et du eens olfectif à gauche.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le 4 février, Bur... a encore quelques faiblesses dans les jembes, mais il peut marcher assez facilement. Quant è la mein, elle n'eet guère améliorée, et, six semaines plus terd, il éprouve dans les deux derniers doigts des douleurs peu intenses, mais continues, qui remontent jusqu'au poignet.

Le 19 mars, il entre pour le seconde fois dans le service de M. Raymond, à Lariboisière.

A l'examen du malade, on constate qu'il ne peut étendre complètement les doigts de *la main droite;* les premières phalanges restent légèrement fléchies sur les métacarpiens.

L'éminence thénar ne semble pas sensiblement atrophiée ; cependant les mouvements d'opposition sont très limités.

L'éminence hypothénar est particulièrement atrophiée.

Atrophie complète des interosseux dorsaux ; les espaces interosseux sont vides et déprimés.

On ne trouve pas de différence à la mensuration entre les bras et les avant-bras de chaque côté ; cependant, à droite, les muscles sont plus flasques à la pression.

Les mouvements de flexion de l'avant-bras et d'élévation du bras se font complètement, mais avec lenteur et difficulté; le malade se sent beaucoup plus faible de ce côté. Rien à noter dans les muscles postérieurs du tronc et de l'épaule.

Troubles de la sensibilité. — *Hémianalgésie* et *hémithermoanesthésie* droites très prononcées, sans anesthésie au toucher.

Sensibilité à la douleur diminuée dans toute la face.

Surdité complète à gauche, intermittente et incomplète à droite. Vertige de Menière.

Douleurs frontales, temporales et occipitales continuelles, plus fortes la nuit, surtout du côté gauche.

Douleurs dans les deux membres inférieurs s'irradiant quelquefois jusqu'au bout des doigts.

Acuité visuelle normale.

Réflexes rotuliens. Conservés. Diminution du réflexe pharyngien.

Dynamomètre. — Main droite, 14 kil.

Traitement. — Bains sulfureux. Electricité.

En août 1890, le malade, qui est d'un caractère très irrita-

ble, quitte l'hôpital à la suite d'une dispute, pour rentrer le 10 novembre de la même année.

Pendant tout son séjour hors de l'hôpital, le malade est resté chez lui, où il a dû presque continuellement garder le lit.

Quand il était contrarié, ses vertiges augmentaient de fréquence ; de plus, lorsqu'il se promenait, il lui était impossible de traverser une place vide. En voyant l'étendue devant lui, il était pris d'angoisse et de vertige.

Etat actuel. — Céphalalgie continuelle, principalement à gauche. Vertiges de Menière.

La mémoire est affaiblie. Le malade a par moment des absences, et est quelquefois huit jours sans se rappeler le nom de personnes qu'il connait bien.

Troubles de la sensibilité. — 1° *La sensibilité est normale sous toutes ses formes, dans la moitié gauche du corps*, sauf à la face, où il y a une analgésie et une thermo-anesthésie assez intenses. La sensibilité tactile est conservée.

2° *Dans la moitié droite du corps.*

Conservation de la sensibilité de contact. — Le moindre frôlement, à l'aide d'un pinceau, est perçu par le malade qui distingue parfaitement la forme et l'étendue de l'objet qui le touche. Pas d'hésitation pour localiser la partie touchée.

La sensibilité au froid est très atténuée lorsqu'on touche le malade avec un morceau de glace et qu'on lui demande quelle espèce de sensation il éprouve, il répond : « Je crois que c'est froid. »

Même sensation dans la moitié gauche de la face et la nuque.

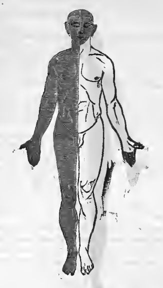


Fig. n° 1[illegible]

Perte complète de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, sauf à la face où ces sensibilités sont seulement très atténuées.

Dans la moitié droite du corps on peut traverser la peau du malade avec une épingle ou le brûler sans qu'il éprouve d'autres sensations que celle de contact.



Fig. n° 2.

Réflexes. — Plantaire : normal.

— Rotulien. { Normal à droite. Légèrement exagéré à gauche.

Le réflexe pharyngien n'est pas complètement aboli mais très diminué.

Vue. — Examen pratiqué par M. le docteur Kœnig (30 janvier 1891).

Résultat négatif.

Odorat. — Narine gauche : sensibilité abolie.

— Narine droite : sensibilité très diminuée.

Goût. — Très diminué.

Ouïe. - Le malade n'entend plus de l'oreille gauche, l'oreille droite est affaiblie.

Appareil musculaire. — Tous les mouvements s'effectuent avec une grande vigueur *du côté gauche.*

Du côté droit. — Les mouvements de l'avant-bras sur le bras se font avec moins de force. Le long supinateur ne se contracte que faiblement.

La poignée de main est très faible.

Dynamomètre.	Main gauche.........	52
	Main droite...... ...	14

L'extension de la main sur l'avant-bras se fait avec très peu de force. Les mouvements d'extension des doigts se font incomplètement.

Le pouce n'est opposable qu'avec le médius.

Les mouvements d'élévation et d'adduction du bras droit sont également très faibles.

Atrophie. — Les muscles interosseux et l'adducteur du pouce ont totalement disparu.

Les éminences *thénar* et *hypothénar* sont partiellement atrophiées, cette dernière surtout.

L'examen électrique donne :

Réaction complète de dégénerescence dans les quatre interosseux et dans les muscles de l'éminence hypothénar.

Sensibilité au courant galvanique extrêmement faible à l'éminence thénar.

A l'œil nu le côté droit offre sensiblement le même volume que le côté sain ; le biceps est cependant plus flasque et plus petit du côté droit.

La circonférence des avant-bras, mesurée à droite et à gauche, donne :

	A 6 cent. de l'épitrochlée.	A 9 cent. de l'épitrochlée.
Avant-bras droit...	27	27
— gauche.	27	27 1/2

OBSERVATION II (personnelle).

Hémiplégie hystérique ; Stigmates d'hystérie ; Troubles de la sensibilité ; (Dissociation syringomyélique).

Dum... Jean-Pierre, âgé de 56 ans. Garçon de cuisine, entré le 5 mars 1891, salle J. Bouley (Lariboisière), service de M. le docteur Raymond.

Antécédents héréditaires. — Le malade donne peu de renseignements sur sa famille, il est probable qu'elle n'a pas dû présenter des faits bien importants à signaler car son père est mort à 89 ans et sa mère à 79.

Il a eu 9 frères et sœurs qui, tous, sont vivants et bien portants. Aucun d'eux ne serait nerveux.

Antécédents personnels. — Dum..., aurait toujours joui d'une excellente santé ; il raconte cependant que, étant tout enfant, il était très nerveux : il se fachait très facilement,

était très emporté et il ajoute qu'il lui arrivait souvent, lorsqu'il travaillait aux champs, d'abandonner subitement son ouvrage et de courir en criant sans qu'il lui fût possible de résister à cette impulsion.

Vers l'âge de 20 ans, son état s'améliora, et depuis cette époque, il n'eut plus de nouvelles crises, sa santé fut même excellente jusqu'en 1886. Pas de syphilis.

Le 26 février 1886, il fut pris subitement, pendant son travail, d'hémiplégie droite sans perte de connaissance. Le malade raconte que sa bouche était sensiblement tirée du côté droit, ce qui fait supposer qu'on se trouvait en présence d'une hémiplégie spasmodique de nature hystérique. A la suite de cette attaque la marche quoique pénible était encore possible, la main droite seule était devenue inapte à tout travail ; en outre l'ouïe et la vue étaient presque totalement abolies de ce côté. Dum... fut soigné pendant quinze mois à l'hôpital Dubois et au bout de ce temps sortit presque complètement guéri. Il dit n'avoir subi aucun traitement.

Depuis il a repris son travail, mais il est très hypocondriaque et à la moindre douleur il se drogue ou se couvre de vésicatoires.

Ce qui l'amène actuellement à l'hôpital c'est le manque d'argent et de travail car il ne présente de particulier que des troubles caractéristiques de sensibilité et quelques stigmates d'hystérie.

Troubles de la sensibilité. — Dans toute la moitié *gauche* du corps, la sensibilité sous toutes ses formes est intacte.

Dans la *moitié droite.*

Conservation de la sensibilité tactile. — Le moindre frôlement avec son pinceau est perçu par le malade, il distingue parfaitement la forme ou l'étendue de l'objet qui le touche et localise parfaitement cette sensation.

Altération très grande de la sensibilité au froid. — Lorsqu'on touche le malade avec un morceau de glace, si on passe assez rapidement, il ne sent que le contact ; si au contraire on laisse le morceau de glace un instant au même endroit, il dit que c'est un peu froid.

Abolition presque complète de la sensibilité à la douleur.

Le malade ne sent pas la simple piqûre, il faut traverser la peau avec une épingle pour qu'il dise : je crois que vous me piquez.

Thermo anesthésie complète. — On peut brûler le malade jusqu'à formation d'une ampoule sans qu'il s'en aperçoive.

Pas d'atrophie musculaire. Les réflexes rotuliens sont normaux : il en est de même du sens et de la force musculaires.

Pas de points hystérogènes. Le malade n'est pas hypnotisable.

Le réflexe pharyngien est aboli. Anesthésie complète de la cornée.

Goût. — Normal.

Ouïe. — Actuellement normale des deux côtés.

Odorat. — Normal.

Examen des yeux. — Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles oculaires.

OBSERVATION III (personnelle).

Mouvements choréiformes de la tête à la suite d'une frayeur; Attaques d'hystérie ; Troubles momentanés de la sensibilité (Dissociation syringomyélique).

Baresn... Jeanne, âgée de 27 ans, brodeuse, entrée le 11 décembre 1890, salle Trousseau (Lariboisière), n° 23, service de M. le docteur Raymond.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 65 ans. Mère morte en couches à 44 ans. Eclampsie. Elle a deux frères en bonne santé. Ses deux sœurs sont mortes toutes deux de la poitrine, l'une à 18, l'autre à 21 ans.

Un oncle maternel, alcoolique, mort fou à Sainte-Anne.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 5 ans. Bronchite à 10. Vers l'âge de 15 ans, absences et somnambulisme.

Règles très irrégulières.

Mariée à 17 ans, elle eut à 19 et à 23 ans un enfant. Ses couches furent très pénibles (Chloroformisation).

Le 6 novembre dernier, elle aperçoit une femme qui se dirigeait en courant vers le pont de l'Alma. Sans savoir pourquoi, elle se met à la suivre. Tout à coup la femme escalade le parapet et se jette à l'eau. Saisie de frayeur, elle rentre chez elle.

Depuis cette époque, elle a conservé un mouvement brusque, saccadé, généralisé, spécialement accentué du côté de la tête, qu'elle retourne continuellement à gauche et en arrière. Traitement : douches froides.

A la suite de ce traitement : douleurs de tête, douleurs aux articulations des deux mains, à la cuisse droite. Fourmillement à la plante du pied.

Il y a cinq jours, elle se réveille avec des douleurs atroces, exagérées par le moindre contact et généralisées à tout le membre inférieur du côté droit.

Etat actuel. — 11 décembre. — Position verticale et marche très pénibles. La malade ne peut poser le pied droit à terre sans éprouver de vives douleurs.

Hyperesthésie de tout le membre inférieur droit.

A gauche. Membres *inférieur* et *supérieur*.

Analgésie et thermo-anesthésie remontant jusqu'à la racine du membre.

Sensibilité de contact conservée.

Réflexe pharyngien aboli.

Réflexes rotuliens normaux.

Points d'hyperesthésie à l'ovaire du côté droit et au creux épigastrique.

Caractère très impressionnable.

Examen ophtalmoscopique (Dr Kœnig). — Œil droit : rétrécissement du champ visuel à 40°. Dyschromatopsie. Contracture de l'accomodation. Micromégalopsie.

15 décembre. — Apparition des règles qui ne s'étaient pas montrées depuis quatre mois.

Mieux sensible. Hyperesthésie du membre inférieur droit très diminuée. Marche possible. La malade se lève.

A droite, analgésie moins prononcée. Sensibilité à la température normale.

Les 20 et 22 décembre.—Attaques d'hystérie (perte de connaissance, arc de cercle, convulsions, délire, hallucinations) d'une durée de 25 à 30 minutes. Pas de morsure de la langue. Pas d'émission d'urine.

23 décembre. — Le mouvement choréiforme est moins fréquent. Plus d'hyperesthésie à droite. Sensibilité normale à gauche.

26 décembre. — Nouvelle attaque ayant duré 40 minutes.

La malade est sortie le 23 janvier très améliorée. Plus de mouvements choréiformes de la tête. La jambe droite, qui avait présenté de l'hyperesthésie, présente, à la sortie de la malade, un léger degré d'anesthésie.

OBSERVATION IV (resumee),

Ppubliee dans la 21e *Leçon du mardi*, 1889, du prof. Charcot.

Troubles hystériques; Troubles de la sensibilité (Dissociation syringomyélique).

P...eyn, aujourd'hui âgé de 46 ans, a exercé la profession de marin jusqu'en 1876. Depuis cette époque, il travaille comme veilleur de nuit à l'usine Eiffel. C'est un homme vigoureux, solide. Jamais il n'avait été atteint d'sffection nerveuse jusqu'à il y a trois années, et on n's pas relevé chez lui d'antécédents héréditaires. La mort de sa femme qui a eu lieu il y a cinq ans l'avait plongé dans un profond chagrin et avait ébranlé sa santé ; celle d'un enfsnt qui, deux ans plus tard, succomba au croup, lui a, comme il le dit, « porté le dernier coup ».

Déjà en 1886, c'est-à-dire il y a trois ans, il commença à souffrir de vertiges survenant soudainement et qui l'obligeaient, dans ls crainte de tomber, à se crsmponner aux objets voisins et à s'accroupir, ces vertiges survensient par moments, jusqu'à cinq ou six fois par jour. Ils ont été remplacés, il y s deux sns, par des bouffées de chaleur revenant deux ou trois fois par semaine et qu'il appelle des congestions. En même temps, les nuits sont devenues sgitées par des rêves qui souvent le font pleurer. Le premier début des accidents actuels remonte à trois années, ils ont commencé à paraitre deux ou trois mois après ls mort de son enfant.

A ls main droite, les mouvements chez notre homme sont, au poignet comme aux doigts, paralysés sussi bien pour la flexion que pour l'extension. Il fsut noter aussi la tuméfaction singulière que présentent toutes les psrties de cette

main, surtout sur la région dorsale ; elle est due à un œdème dur, ne recevant pas l'empreinte du doigt ; la teinte des téguments sur les parties tuméfiées est violacée et la température y est moins élevée que sur les parties correspondantes de la main gauche. Sur les parties ainsi paralysées et tuméfiées, la sensibilité présente les modifications suivantes : *les impressions tactiles, même les plus délicates, sont perçues normalement ; par contre, les sensibilités à la douleur (piqûre, pincement), à la chaleur (plaque du thermomètre, à surface portée à 80°) et au froid application sur les parties d'un morceau de glace) sont complètement abolies.* Veuillez relever que ces troubles de la sensibilité sont uniformément répandus sur les doigts, la main, le poignet et le cinquième inférieur de l'avant-bras. De ce côté, ils se séparent des parties restées normales par une ligne tranchée, borizontale, déterminant un plan circulaire à l'axe du membre supérieur.

Il faut noter que l'histoire de ce malade comporte deux périodes distinctes. La première a commencé il y a trois ans par une paralysie de cette même main droite, dont il est de nouveau question aujourd'hui, survenue tout à coup pendant le sommeil. Dans ce temps-là, le malade avait les nuits tourmentées par des rêves pénibles et il était devenu fréquemment sujet à des attaques de vertiges. Cette fois, la sensibilité des parties paralysées du mouvement, main et poignet, était absente dans tous les modes, tact, douleur, sensibilité au froid et au chaud. La durée de cette paralysie a été de douze mois environ, durant lesquels il y a eu des bauts et des bas, et c'est pendant une des exacerbations que s'est produit pour la première fois le gonflement violacé, avec abaissement de la température qui s'est manifesté dès l'origine, dans la crise actuelle. Eh bien, la guérison de tout cela s'est faite un beau jour, alors que tous les moyens, en appa-

rence rationnels, avaient été employés sans succès, et cela inopinément, tout à coup, au moment où le malade, oubliant en quelque sorte un instant son impuissance motrice voulait prendre un verre pour le porter à sa bouche. « Si j'avais été à Lourdes, dit le sujet, en rappelant cet événement, j'aurais cru à un miracle. »

Toutefois, si la disparition des troubles moteurs a été littéralement soudaine, celle des troubles de la sensibilité, — ainsi que cela me paraît être la règle dans les circonstances de ce genre, — ne s'est faite que successivement, progressivement, dans l'espace d'une huitaine de jours. Il est vrai qu'au bout de ce temps, le retour à l'état normal était complet sur toute la ligne.

La paralysie nouvelle qui s'offre aujourd'hui à notre étude s'est produite, elle aussi, tout à coup, il y a de cela environ trois mois et elle occupe exactement les mêmes parties. Donc, en se réveillant, le malade a trouvé sa main droite de nouveau paralysée, comme lors de la première attaque, mais cette fois, dès l'origine, elle était gonflée, violacée, cyanosée, telle en un mot que vous la voyez encore aujourd'hui. De plus, dès l'origine, il y a eu dissociation des divers modes de la sensibilité, suivant ce que j'appellerais volontiers le mode syringomyélique, à savoir : tact conservé, contrairement à ce qui a été observé la première fois, sensibilité à la douleur, au chaud et au froid, totalement abolies, notions du sens musculaire conservées.

Le début subit des accidents, constaté à deux reprises, leur guérison soudaine observée une fois de plus, voilà des faits qui ne permettent pas de respecter le diagnostic que je vous avais proposé d'accepter tout à l'heure; c'est d'hystérie mâle, tout simplement, qu'il s'agit dans le cas et non de syringomyélie.

OBSERVATION V (résumée).

(Publiée par Roth (de Moscou), dans son travail sur le diagnostic de la gliomatose médullaire.)

Atrophie musculaire; Anesthésie hystérique; Dissociation syringomyélique au bras droit; Stigmates d'hystérie; Scoliose.

Jeune fille de 24 ans, domestique, fille d'une mère migraineuse, qui a eu pendant toute sa vie des engelures profondes aux mains, chaque hiver. Le début se fit par un panaris grave avec nécrose d'une phalangette, panaris douloureux pour lequel on fit trois incisions qui furent aussi douloureuses.

Cinq ans auparavant, la malade s'était fait une brûlure intense à un bras, mais qui plus tard s'accompagna de douleurs et fut suivie de quelques abcès dans le voisinage des parties brûlées. Les bulles et le panaris furent suivis à brève échéance d'une parésie dans les doigts.

Actuellement il y a une légère atrophie musculaire de la main, avec amincissement et froideur de la peau; exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs qui sont un peu faibles, abolition aux membres supérieurs; quelques secousses dans les doigts de la main.

Troubles de la sensibilité. — La thermo-anesthésie, d'une intensité irrégulière, est presque généralisée, elle occupe les quatre membres, la langue, la moitié gauche de la face et le dos. L'analgésie a une étendue un peu moindre. Dans tout le côté gauche, sauf une plaque sur la poitrine, la piqûre est sentie comme simple contact, ainsi qu'à la face antérieure du

bras et de l'avant-bras droits. Dans les autres parties, l'anesthésie, au toucher, suit la distribution de la thermo-anesthésie. Le sens musculaire est très affecté; le malade ne distingue pas les mouvements passifs imprimés aux doigts et aux orteils.

En résumé, on trouve *la dissociation syringomyélique à la partie antérieure de l'avant-bras et du bras droits* (thermo-anesthésie, analgésie avec conservation du tact).

En outre, le goût est diminué sur la moitié gauche; l'odorat est obnubilé, il existe un double rétrécissement du champ visuel. Anesthésie pharyngienne complète. Caractère capricieux. Etourdissements. Scoliose légère.

OBSERVATION VI (résumée).

(Publiée par Roth (de Moscou), dans son travail sur le diagnostic de la gliomatose médullaire.)

Hystérie ; Dissociation syringomyélique. (Thermo-anesthésie et analgésie avec conservation du tact.)

Il s'agit d'une jeune fille de 34 ans, à hérédité surchargée (hystérie, idiotie, idées fixes, épilepsie). Elle n'a pas d'attaques, mais elle est émotive et pleurnicheuse. Pendant quelque temps elle a souffert de douleurs nevralgiques violentes dans le membre supérieur droit. Actuellement, une anesthésie dissociee (thermo-anesthésie et analgésie avec conservation du tact), se développe à la moitié droite de la face, au tronc et au bras droit.

Pas de stigmates hystériques. Elle est sujette à de légers étourdissements

Vue normale, pas de rétrécissement du champ visuel.

OBSERVATION VII (résumé).

(Publiée par E. Parmentier dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nº 5, 1890.)

Tabes ; Douleurs fulgurantes ; Perte des réflexes ; Pied tabétique : Dissociation syringomyélique. (Conservation de la sensibilité tactile ; Analgésie et thermo-anesthésie).

Curet..., 39 ans, entré le 14 juin 1890, salle Prus, nº 11, service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Son père, atteint de cécité est mort à l'âge de quarante-quatre ans : ce sont là les seuls renseignements que nous ayons pu obtenir, le malade qui nous les fournit habitant l'Amérique à cette époque. Sa mère est vive, se met facilement en colère ; elle n'a jamais eu de crises nerveuses et jouit actuellement d'une bonne santé. Ses deux sœurs sont bien portantes. Il n'y a pas de maladie nerveuse à signaler parmi les différents membres de la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse dans son enfance. En 1873, il contracta une blennorrhagie qui dure cinq mois. Pas de syphilis. Pas d'excès de boissons.

Etant à la chasse, le 16 mars 1884, il eut tout d'un coup la sensation d'un voile couvrant l'œil droit ; le même fait se reproduisit fréquemment dans la suite.

Pas de diplopie, pas de chute de la paupière. C'est en avril 1884 que les premières douleurs apparurent dans les membres inférieurs sous forme d'élancements, de tiraillements : parfois on eût dit que des chiens le mordaient, lui rongeaient les mollets.

Traitement. — Iodure de potassium pendant treize mois, par intervalle, du salicylate.

En dépit du traitement les douleurs persistèrent, limitees aux jambes, plus particulièrement au niveau des chevilles. Puis vinrent des crampes dans la jambe et la cuisse, crampes très douloureuses, se répétant trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures pendant plus de quatre mois.

En 1887, il commença à marcher avec difficulté. Il éprouva des fourmillements dans la plante des pieds et n'eut plus une notion bien précise du sol sur lequel il marchait ; il ne lançait pas les jambes et ne frappait pas du talon, mais il avait de la peine à monter ou à descendre un escalier et sentait de temps en tempa les jambes se dérober sous lui au point de lui faire perdre l'équilibre ; il tombait ainsi une ou deux fois chaque jour. Il avait en outre une sensation de fraicheur toute particulière aux mains ; le toucher était encore assez délicat. La même année, l'œil gauche se couvrit à son tour d'une ombre qui l'empêchait de distinguer les personnes tout en lui permettant la vue du jour. De cette époque date la cécité partielle qui frappe encore aujourd'hui les deux yeux. A la fin de l'année 1888 et dans tout le courant de 1889, le malade fut tourmenté par des doulours fulgurantes dans les membres inférieurs survenant par crises, huit ou dix fois par jour; chaque accès durait une seconde, la douleur passait rapide comme l'éclair suivant la partie externe de la cuisse, la jambe et s'échappant par le talon ; il éprouva également des douleurs en coups d'épingle dans les mêmes régions. La sensation de froid aux jambes, de glace sous la plante des pieds restait persistante ; les mains devenaient aussi froides et perdaient peu à peu leur sensibilité. Vers la même époque, il remarqua qu'il avait une certaine difficulté à uriner, qu'il était obligé de pousser, d'attendre,de

s'y prendre à plusieurs fois. En même temps apparurent les premiers troubles trophiques cutanés, caractérisés par des bulles remplies de sérosité siégeant au niveau des mains et des pieds.

Etat actuel. — Les grandes douleurs fulgurantes ont disparu. Le malade ne se plaint que de picotements. Pas de douleurs dans les membres supérieurs, de douleurs en ceinture, de serrement de la poitrine. Pour uriner le malade éprouve de grandes difficultés ; il n'a pas l'envie d'uriner ou cette envie est peu pressante ; il est obligé de pousser pendant un temps souvent fort long, ne sent presque pas et quelquefois pas du tout le passage de l'urine ; il lui arrive parfois d'uriner sans s'en apercevoir.

La miction n'a jamais été douloureuse.

Le sens génital est très affaibli.

Le malade lance un peu le pied en marchant et frappe légèrement du talon, il monte et descend l'escalier avec difficulté.

Les réflexes rotuliens font complètement défaut ; il en est de même du réflexe crémastérien et abdominal.

Pas d'atrophie musculaire.

Force diminuée à gauche, le dynamomètre marque 17 kilogrammes et à droite 11 kilogrammes seulement.

Le pied droit présente une déformation très évidente. La face plantaire est plus creusée, le dos plus saillant qu'à l'état normal ; le métatarse est un peu porté en dedans ; le tarse est gonflé ainsi que le cou-de-pied ; la saillie des malléoles est à peine apparente. Les ongles sont ridés, cannelés. A la partie externe de la face plantaire, à la hauteur du métatarse on voit une ulcération des dimensions d'une pièce de un franc : cette ulcération qui atteint la profondeur du derme sécrète un liquide séro-purulent ; autour d'elle l'épiderme est décollé.

Troubles de la sensibilité. Sensibilité tactile. — Le passage du pinceau est bien senti partout sauf au niveau de la partie interne des jambes et du dos du pied sur une faible étendue. Sur la limite de ces régions et au niveau des mains le frôlement du pinceau est perçu, mais plus faiblement que partout ailleurs.

Thermo-anesthésie. — Les extrémités des membres sont insensibles, au froid et au chaud. Au dessous d'une ligne passant par les condyles du fémur, de chaque côté, une température de 70 degrés n'est pas sentie, il en est de même pour les mains et le tiers inférieur des avant-bras. Le malade sent le contact du thermomètre de surface élevé à la température que nous venons d'indiquer et même au delà, mais ne sent pas la chaleur. A la limite des parties précédentes la sensibilité revient progressivement à la normale sur une largeur de trois à quatre travers de doigt.

L'anesthésie au froid est complète pour les membres inférieurs à partir des genoux et pour les membres supérieurs à partir du coude. On peut appliquer sur la peau de la glace ou un corps à la température de 80° l'impression est identique, le malade ne fait aucune différence entre le froid et la chaleur. Du reste, il lui est arrivé plusieurs fois de saisir des corps chauds, par mégarde et de se brûler d'autant plus vivement qu'il n'en est pas même averti par la douleur.

Analgésie. — Elle est absolue pour les mêmes segments de membres. Le pincement de la peau, la piqûre, ne déterminent aucune douleur. Sur la zone limitrophe de ces régions, la piqûre produite par l'épingle est de mieux en mieux perçue ; à partir de la moitié supérieure de la cuisse et du bras, la douleur qu'elle occasionne est vive sans être exagérée.

Troubles oculaires. — Opacité du corps vitré à gauche, à droite opacité flottante.

Anesthésie presque absolue de la conjonctive et de la cornée, dont le contact ne provoque ni douleur, ni réflexe palpébral, bien qu'il soit perçu.

Pas de phénomènes douloureux.

Le goût et l'odorat sont intacts. La sensibilité de la muqueuse buccale n'est pas altérée.

L'ouïe est plus faible à gauche qu'à droite ; cette diminution de l'ouïe tiendrait à un certain degré de sclérose du tympan.

OBSERVATION VIII (résumée).

Publiée par M. le docteur Lancereaux (*Bulletin médical*, février 1891.)

Alcoolisme. Névrite alcoolique avec troubles de la sensibilité (Dissociation syringomyélique).

D... Désirée, âgée de 59 ans, blanchisseuse, couchée au nº 16 de la salle Lorain (Service du docteur Lancereaux).

Buveuse de vin depuis l'âge de 20 ans, figure violacée et bouffie, langue et mains tremblantes, l'œil est triste et éteint. Elle offre une analgésie complète remontant jusqu'à la racine de la cuisse. On peut pincer la peau, la lui tordre, la lui traverser avec une épingle sans qu'elle accuse la moindre douleur. Cependant ces membres, insensibles aux excitations provoquées, sont le siège de douleurs spontanées, intolérables. Elles ss montrèrent d'abord de préférence la nuit, réveillant la malade en sursaut, puis elles devinrent continues et horriblement pénibles. La malade les compare à une sensation de brûlure produite par de l'eau bouillante. On constate, en outre de cette analgésie, une abolition presque complète de la sensibilité thermique, mais le tact a conservé

toute sa finesse. Il existe en outre un certain degré de paresse musculaire, de l'insomnie, des hallucinations et des cauchemars.

OBSERVATION IX (résumée.

Publiée par M. le docteur Lancereaux (*Bulletin médical*, *mars* 1891).

Alcoolisme avec dissociation syringomyélique.

C... Marguerite, âgée de 40 ans, entrée le 28 janvier 1890. Elle exerce depuis vingt ans la profession de femme de ménage, et depuis un temps égal, elle se livre à l'abus des boissons alcooliques, surtout sous forme de rhum. Elle évalue à dix petits verres la quantité qu'elle en absorbe quotidiennement. Elle n'aime pas le vin, dit-elle, ni les liqueurs fortes. Elle boit au repas du rhum mélangé d'eau. Sa mère, revendeuse à la Villette, était une forte buveuse, elle est morte à l'âge de 38 ans, avec des phénomènes aigus du côté du poumon et du délire. Depuis plusieurs années déjà, notre malade offre les signes manifestes de l'alcoolisme : pituites vertes, cauchemars, crampes musculaires douloureuses, tremblement des extrémités. Les troubles de la sensibilité sont ici des plus manifestes, et surtout localisés aux membres inférieurs ; ils consistent en une analgésie symétrique qui remonte jusqu'à la racine des cuisses, et qui est complète. La sensibilité thermique est en partie abolie, seule la sensibilité tactile est conservée. Le réflexe plantaire n'existe pas, et le chatouillement de la plante du pied ne provoque aucune réaction dans les muscles des membrea inférieurs. Il en est de même du réflexe rotulien qui fait absolument défaut. Pas de signe de la gastrite ulcéreuse.

OBSERVATION X (résumée).

Publiée par MM. Babinski et Thibierge (comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, 27 février et 18 mars 1891.)

Lepre ; Troubles trophiques des mains et des pieds ; Troubles de la sensibilité (dissociation syringomyélique).

Homme de 45 ans. Bonne santé jusqu'en 1886. A cette époque, dysenterie au Tonkin ; un mois après, fièvres intermittentes ; deux mois plus tard, choléra. Puis « ulcère annamite », siégeant à la jambe gauche et qui persista jusqu'en mai 1886, époque à laquelle le malade fut rapatrié en France. Pendant son séjour au Tonkin survinrent des troubles trophiques (ampoules aux pieds) et une impotence musculaire du membre supérieur droit, impotence qui, depuis, l'a toujours empêché de travailler et de gagner sa vie. Aussi a-t-il passé par un nombre considérable de services hospitaliers de Paris et de la province. A Lille, M. Leloir fit le diagnostic de lèpre.

Jusqu'alors, au dire du malade, on ne paraît guère avoir porté qu'un diagnostic symptomatique, celui d'atrophie musculaire ou de maux perforants. Son état actuel est le suivant : pas d'état cachectique, mais amaigrissement assez marqué, attribuable à une alimentation insuffisante, le malade ne se nourrissant guère que pendant ses séjours dans les hôpitaux. Parésie de l'orbiculaire palpétral. Pas de troubles de la sensibilité à la face.

Aux membres supérieurs, on constate que les doigts sont amincis et effilés à leur extrémité. Pigmentation diffuse des téguments de la face dorsale de la main et des avant-bras, avec anesthésie. Atrophie manifeste des éminences thénar et

hypothénar, de certains interosseux et de certains muscles de l'avant-bras droit. Dans ces régions, la peau présente une abolition de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, avec conservation de la sensibilite au contact. Enfin, il y a une névrite nodulaire des nerfs cubitaux. Aux membres inférieurs, troubles trophiques très marqués et déformations notables. Ces troubles trophiques consistent essentiellement en ulcérations qui offrent tout l'aspect du mal perforant. Il y a, en outre, de la pigmentation disséminée. Pas d'atrophie musculaire proprement dite. Dissociation de la sensibilité tout à fait semblable à celle des membres supérieurs. Conservation des réflexes rotuliens. Rien au tronc ni du côté des sphincters; pas de troubles de l'intelligence. Jamais d'attaques convulsives, ni de vertiges. La démarche ne rappelle nullement celle des ataxiques.

CONCLUSIONS

I. Les impressions sensitives suivent dans la moelle épinière des voies différentes.

II. La destruction de la substance grise par gliomatose (syringomyélie) a montré que la sensibilité tactile suit les cordons postérieurs, tandis que la sensibilité à la douleur et à la température suivent l'axe gris de la moelle.

III. Outre ces différentes voies suivies dans la moelle par les impressions sensitives, il est probable qu'il existe des nerfs distincts pour la transmission de chacune de ces diverses sensibilités.

IV. Les malades atteints de syringomyélie présentent, *dans la plus grande majorité des cas*, une dissociation caractéristiqne de la sensibilité (analgésie et thermo-anesthésie avec intégrité de la sensibilité tactile) à laquelle on donne le nom de dissociation syringomyélique.

V. Ce syndrome n'est pas un signe pathognomonique de la syringomyélie.

VI. On le rencontre dans diverses affections telles

que : Hystérie, Maladie de Morvan, Nevrites. Lèpre anesthésique et Hématomyélie ;

VII. Le diagnostic différentiel de ces affections, lorsqu'elles s'accompagnent de cette dissociation de la sensibilité, d'avec la syringomyélie est souvent difficile et quelquefois impossible.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baulmer A. Mlle. — Thèse de Zurich, 1887.

Beaunis. — Nouveaux éléments de physiolo gie humaine, Paris, 1888.

Bell Ch. — An idea of a new anatomy of the Brain, submitted for the observations of his Freinds. (London, 1811.)

Bernhardt. — Syringomyélie und scoliose. Centralblatt, für Vervenheilte, 15 janv. 1889.

Bernard Cl. — Physiologie du système nerveux.

Broca. — Des scolioses trophiques, Gazette h ebdom., 1888.

Brühl. — Thèse de Paris, 1890.

Charpy. — Les centres nerveux, Montauban, 1889.

Charcot J. M. — Leçons du mardi, 1888-1889.

— Maladie de Morvan, Progrès médical, 1890.

— Leçons sur les localisations des maladies du cerveau et de la moelle épinière.

Comptes rendus de la Société de Biologie, 1890.

— du congrès médical de Berlin, 1 890.

— de la Société médicale des hôpitaux, 1888-1889-1891.

Déjérine. — Syringomyélie et maladie de M orvan, Médecine moderne, 1890.

Déjérine et Thuilant. — Médecine moderne, 1 891, n° 6.

Galien. — De anatome administre, livre VIII.

Grasset. — Clinique médicale, 1891.

— Traité pratique des maladies du système nerveux, Paris, 1881.

Herzen. — Archives de Pflüeger, t. XXXVIII.

Joffroy. — Journal de Médecine expérimentale, juillet 1890.
Kahler. — Prager. médic., Woch, 1882-1888.
Lancereaux. — De l'intoxication par le vin, Bull. médical 1891.
— De l'intoxication par l'alcool, Bull. médical, 1891.
Leloir. — Traité de la lèpre.
Longet. — Traité de Physiologie.
Lewes H.-G. — Brain quaterly, Journ. of Neurology, t. 1, 1878.
Magendie. — Expériences sur les fonctions des racines des nerfs rachidiens, Journal de physiologie, 1822, t. II.
Morvan. — Gazette hebdomad., 1883.
Parmentier. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1890.
Raymond F. — Anatomie physiologique du système nerveux, Paris, 1886.
Richet Ch. — Thèse de Paris, 1877.
Roth. — Du diagnostic de la gliomatose médullaire. (Archives de Neurologie, 1887-1888.)
Schultze. — Virchow's, Archives, t. LXXXVII, 1885.
Vulpian. — Diction. encyclopédique, art. Moell.-Physiologie.
— Maladies de la moelle, Paris, 1879.
Ziehl. — Deutsche méd., Woch., 1889.
Walker Alex. — Archives of universal science, juillet 1809, t. III.

Vu : Le Président de la Thèse,
STRAUS.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine.